

BADGERCARE PREMIUM INFORMATION
INFORMACION DE PAGO DE BADGERCARE

Su determinación de elegibilidad para BadgerCare o un cambio reportado indica que su ingreso es ó es mayor del 150% del Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level – FPL). Familias con ingreso de o mas del 150% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) tienen que pagar una cuota mensual para ser elegibles para BadgerCare. La cantidad de la cuota mensual no será mayor del 5% del total de su ingreso. Sus prestaciones no empezaran hasta que su cuota inicial haya sido pagada. En algunos casos, posiblemente se le requerirá pagar dos meses de cuota antes que sus prestaciones comiencen. Una vez que su cuota haya sido recibida sus prestaciones empezaran el primero del mes en el cual usted solicito. Su primera cuota deberá ser pagada a la dirección que se describe abajo. Cheque u orden monetaria deberá ser pagadero a “BadgerCare”. Efectivo no será aceptado. El total de la cuota deberá ser pagada, pagos parciales no serán aceptados. Sus cuotas pueden aumentar o disminuir de acuerdo a su ingreso.

Después que su primera cuota haya sido pagada, usted recibirá notificaciones mensuales acerca de su cuota, del Departamento de Salud y Servicios Familiares de Wisconsin (Wisconsin Department of Health and Family Services –DHFS-). Estos pagos deberán ser enviados al DHFS a la dirección descrita en la notificación de la cuota. No mande sus pagos a su agencia local.

Los pagos se vencen el 10 de cada mes para el corriente mes. Si su pago se recibe tarde, usted recibirá una notificación que su elegibilidad para BadgerCare terminará. Si el DHFS recibe su pago en el final del mes, su cobertura continuará. Si el DHFS recibe su pago después del primero del siguiente mes, usted necesitara pagar dos cuotas. Por ejemplo, El pago de su cuota de mayo no fue recibido hasta el 2 de junio, usted necesitara pagar las cuotas de los meses de mayo y junio para continuar su elegibilidad.

Si su pago no es recibido en el siguiente mes usted será sujeto a un restrictivo periodo de re-inscripción. Restrictiva re-inscripción significa que usted no podrá participar en el programa de BadgerCare por seis meses. Si usted desea re-inscribirse en BadgerCare después del restricto periodo de re-inscripción, se le requerirá el pago de cualquier cuota atrasada a la hora de re-inscripción.

La siguiente información aplica únicamente para el pago de su primera cuota (s), la cual deberá ser pagada en su agencia local. Usted deberá pagar el total de cantidad descrita abajo antes que pueda recibir prestaciones.

Cuota mensual del mes 1	\$	Fecha de Vencimiento de Pago
Cuota mensual del mes 2	\$	
Total a Pagar	\$	

Corte y envíe la parte de abajo con su pago. Haga su cheque u orden monetaria pagadero a BadgerCare. No envíe efectivo. Usted debe pagar la cantidad total a vencerse.

Nombre del Caso	Numero del Caso
Fecha de Vencimiento	Cantidad a Pagar \$

Envíe solo su primer pago a la agencia indicada.

(Dirección de la Agencia del Condado)